



Fall des Monats Dezember 2009

Fehlerquelle: Dosierung von Ketamin

Fall-Nr: 5822

Was ist passiert?

Der diensthabende Notarzt wusste nicht über die vorhandenen Dosierungen von Ketanest S auf den Rettungsmitteln Bescheid. Es werden je nach der Verfügbarkeit in der KH-Apotheke sowohl Ampullen mit 5 mg / ml (25 mg) und 25 mg / ml (50 mg) verwendet.

Was war das Ergebnis?

Es kam zu einer kurzen Diskussion über die Dosierung in der aufgezogenen Spritze, da dem Notarzt nicht bewusst war, dass auch Ampullen mit 50 mg Wirkstoff vorgehalten werden. Das Medikament war auf 20 ml (2,5 mg / ml) aufgezogen und entsprechend beschriftet worden. Dem Patient hat der Vorgang nicht geschadet, jedoch kam es zu einer unnötigen Diskussion an der Einsatzstelle.

Wo sehen Sie Gründe für dieses Ereignis?

Begründet ist das Ereignis einerseits durch die unheitliche Beschaffungspolitik der zuständigen KH-Apotheke, andererseits in der unzureichenden Kenntnis des Notarztes der vorgehaltenen Wirkstoffmengen. Für die Zukunft wäre eine fortwährende, einheitliche Beschaffung durch die KH-Apotheke wünschenswert, sodass es nicht zu solchen 'mal-so-mal-anders-Problemen' kommt.

Wie häufig tritt ein solches Ereignis ungefähr auf?

Monatlich

Kam der Patient zu Schaden?

Nein

Welche Faktoren trugen zu dem Ereignis bei?

- Kommunikation (im Team, mit Patienten, mit anderen Ärzten etc.)
- Medikation (Medikamente beteiligt?)

Altersgruppe: leer

Geschlecht: leer

Zuständiges Fachgebiet: anderes Fachgebiet: Notfallmedizin

In welchem Kontext fand das Ereignis statt? anderer Kontext: Notfallversorgung /
Notarzdienst

Wo ist das Ereignis passiert? Notfalldienst / Rettungsdienst

Versorgungsart: Notfall

Wer berichtet? Andere Berufsgruppe



Kommentare

Kommentar des Anwenderforums:

Die im Alltag in den Häusern zur Verfügung stehenden Medikamente liegen in wechselnden Darreichungsformen und unterschiedlichen Konzentrationen vor. Wechsel der Anbieter, der Ampullengröße, der Konzentration/ml erfolgen häufig als Folge des Drucks zur Kostenminimierung und in Abhängigkeit vom Preis für die Substanz. Mit der steigenden Arbeitsbelastung wächst daneben die Gefahr, dass Kontrollmechanismen - die Fehler verhindern könnten - eingeschränkt werden.

Die Erfahrungen der am Netzwerk CIRS-Berlin beteiligten Häuser zeigen:

Fehldosierungen kann am besten vorgebeugt werden wenn

- Medikamente an einem Einsatzort grundsätzlich in einheitlicher und gleichbleibender Portionierung vorgehalten werden, mit gleichbleibender Konzentration/ml und konstant bleibender Ampullengröße. Dies gilt vor allem für Medikamente, die in Notfallsituationen, Rettungsstellen, Intensivstationen, OPs etc. verwandt werden.
- zur Zubereitung von Medikamentenlösungen standardisierte Aufzieh-Anleitungen zur Verfügung stehen
- regelmäßige Fortbildungen zur Arzneimittelsicherheit für ärztliches und Pflegepersonal verpflichtend gemacht werden-
- ärztliche Anweisungen zu Medikamenten ausschließlich in mg/ml oder I.E./ml und Anzahl der ml erfolgen ggf. mit der Angabe der Tagesdosis z.B. in ´mg/kgKG/d´, um eine Kontrollrechnung der Dosierung zu ermöglichen-
- die Kennzeichnung der Spritzen ausschließlich in mg/ml oder I.E./ml erfolgt-
- der Arzt/die Ärztin vor jeder Applikation die Konzentration der Medikamentenlösung überprüft-
- das Pflegepersonal bei jeder Art von Unklarheit stringent nachfragt-
- die Arzneimittelkommissionen der Häuser und die hausinternen Apotheken Wechsel von Medikamentenzubereitungen, Ampullengrößen und Konzentrationen weitestgehend vermeiden-
- die Arzneimittelkommissionen der Häuser über Fehlerquellen und Beinahe-Schäden bei der Medikamenten-Vergabe konsequent und engmaschig informiert werden und sich um die Beseitigung der Fehlerquellen kümmern (Einbeziehen in die CIRS-Analysegruppen).